



УДК 330.101  
JEL: I1, I118, E2, O1, O32, H5

doi: 10.18184/2079-4665.2015.7.2.198.207

## РОЛЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Людмила Валентиновна Токун<sup>1</sup>, Павел Петрович Макагонов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Государственный университет управления  
109542, Москва, Рязанский проспект, 99

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации  
119571, г. Москва, пр-кт Вернадского, д. 82

<sup>1</sup> Кандидат экономических наук, доцент, профессор кафедры финансов и кредита  
E-mail: ltokoun@yandex.ru

<sup>2</sup> Доктор технических наук, профессор по кафедре высшей математики, кафедра системного анализа и информатики  
E-mail: mpp2003@inbox.ru

Поступила в редакцию: 21.05.2016

Одобрена: 28.05.2016

**Аннотация.** В данной статье рассматриваются особенности системы обязательного медицинского страхования (ОМС), источники финансовых ресурсов медицинской помощи (МП), выделяются характерные черты российской системы здравоохранения. Обосновывается необходимость применения SWOT-анализа к деятельности медицинских организаций, анализируется взаимосвязь критериев качества, доступности и оплаты услуг и соответствия их сектору экономики, производящего/оплачивающего услугу.

**Цель/задачи:** целью данной статьи является исследование системы ОМС, ее плюсов и минусов в системе здравоохранения. Задачами данной статьи является определение источников финансирования ОМС, определение этапов формирования финансовых потоков, обозначение роли страховых организаций в системе ОМС, изучение процессов формирования денежных средств страховых медицинских организаций, определение роли ОМС в защите от рисков и изучение позитивных и негативных сторон современной системы здравоохранения.

**Методология:** при написании данной статьи применялись методы сравнения, анализа и синтеза.

**Результаты:** в результате проведенного исследования сделаны выводы о необходимости серьезных изменений в финансировании государственной медицинской помощи. Объем работы страховых медицинских организаций требует увеличения численности персонала, помещений, дополнительного оборудования, программного обеспечения. Страховые медицинские организации должны быть мотивированы на поддержание здоровья населения и его улучшение.

**Выводы/значимость:** полученные результаты могут быть применены для построения системы мотивации в страховых медицинских организациях.

**Ключевые слова:** обязательное медицинское страхование (ОМС), финансовое обеспечение медицинской помощи, добровольное медицинское страхование, социальные технологии.

**Для ссылки:** Токун Л. В., Макагонов П. П. Роль страховых медицинских организаций в финансовом обеспечении бесплатной медицинской помощи // МИР (Модернизация. Инновации. Развитие). 2016. Т. 7. № 2. С. 198–207. doi: 10.18184/2079-4665.2016.7.2.198.207

В соответствии с действующим законодательством РФ граждане РФ застрахованы в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Документом, подтверждающим этот факт, является полис ОМС. Полис ОМС дает право на получение бесплатной медицинской помощи по программам государственных гарантий<sup>1</sup>. Система ОМС в настоящее время становится основным источником финансового обеспечения медицинской помощи населению.

В последние годы было принято большое количество нормативно-правовых актов, касающихся деятельности здравоохранения. Становление за-

конодательства страны или региона в РФ по реализации новой парадигмы управления какой-либо отраслью можно изучать по S-образной (логистической) кривой накопления нормативных актов во времени. Динамика законодательства по вопросам финансирования российского здравоохранения в целом, частью которого является оказание медицинской помощи населению, показывает, что при современной активности законодательства на федеральном и региональном уровнях процесс начнёт замедляться только с 2051 года (что соответствует точке перегиба логистической кривой) и выйдет на завершающие стадии не ранее чем

<sup>1</sup> Закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 ст. 45

к 2103 году. Разумеется, применение названного метода анализа имеет достаточно ограниченную область, однако, объяснением названному факту может быть только отсутствие четкой парадигмы управления и здравоохранением, и медицинской помощью, и, соответственно, её финансирования через систему ОМС. Отсутствие системного подхода в формировании финансового механизма обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в период от 1991 до 2011 года отмечалось ещё в работе Хакимовой Л.В. (2011)<sup>2</sup>. После этого был принят новый Федеральный закон, регламентирующий деятельность ОМС<sup>3</sup>.

Рассмотрим особенности системы ОМС, созданной с момента принятия в 2011 году нового закона. В Российской Федерации медицинскую помощь в системе ОМС оказывают медицинские организации различных форм и видов собственности, а также ведомственной принадлежности. По видам собственности, экономическим целям деятельности и ведомственной принадлежности медицинские организации в целом можно сгруппировать на государственные (муниципальные) и негосударственные (частные, общественные), на некоммерческие и коммерческие, ведомственные и самостоятельные. Законодательство же делит все медицинские организации на две категории – государственные (муниципальные) и частные. Заметим, что такой упрощенный подход не отражает всего множества существующих вариантов видов медицинских организаций, и может оказаться препятствием при реализации управленческих решений в области их взаимодействия с другими субъектами оказания медицинской помощи.

Медицинская организация (МО) – юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. С точки зрения оказания ими медицинской помощи к медицинским организациям приравниваются юридические лица независимо от организационно-правовой формы, осуществляющие наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность, также к медицинским организациям приравниваются индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность. Тот факт, что понятие медицинской организации определяется так широко, в том числе к ним приравнены индивидуальные предприниматели, несет в себе как возможности, так и

угрозы при распределении финансовых ресурсов ОМС. Деятельность медицинских организаций строго регламентирована законодательством РФ, субъектов РФ и специальными нормативно-правовыми актами.

Финансовое обеспечение медицинской помощи (МП) в целом в РФ включает следующие источники финансовых ресурсов:

- бюджеты всех уровней бюджетной системы РФ: федерального, региональных и местных;
- фонды обязательного медицинского страхования: федерального ФОМС (ФФОМС) и территориальных ФОМС (ТФОМС);
- фонды и резервы страховых организаций, реализующих программы добровольного медицинского страхования (корпоративные и индивидуальные);
- фонды государственных министерств, ведомств, служб, государственных предприятий и организаций, в структуре которых есть медицинские организации;
- фонды негосударственных, общественных, публичных и частных коммерческих и некоммерческих организаций и предприятий, в структуре которых есть медицинские организации;
- фонды негосударственных некоммерческих, общественных организаций (благотворительные фонды);
- личные средства граждан (бюджеты домашних хозяйств).

Анализ источников позволяет сделать вывод о том, что они представляют собой все три сектора экономики, действуют на основании соответствующих целей и задач, отличаются принципами и (или) методами финансирования. Заметим, что с позиции теории управления взаимодействие таких разнородных участников требует немалых ресурсов для выстраивания согласованной деятельности. Какими бы ни были источники финансовых ресурсов и траектории движения денежных потоков конечными получателями их должны быть медицинские организации, оказывающие МП. Следует отметить, что медицинские организации могут получать как денежные средства напрямую за оказание МП, так и оплату их расходов, и, что важно, материальные активы в виде зданий, сооружений и оборудования, медицинских изделий, лекарственных средств, расходных материалов и других необходимых для оказания МП материальных ресурсов. Часть материальных активов предоставляется ме-

<sup>2</sup>Хакимова Л.В. Финансовый механизм обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: автореф. Самара, 2011.

<sup>3</sup>Закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 ст. 45

дицинским организациям в аренду или на правах управления.

Финансовое обеспечение МП формирует денежные потоки, обладающие определенными качественными характеристиками и количественными параметрами. Все финансовые потоки, обеспечивающие реализацию программ государственных гарантий, строго регламентированы законами и иными нормативно-правовыми документами. В управлении этими финансовыми потоками участвуют различные субъекты: органы Казначейства, Фонды обязательного медицинского страхования (Федеральный и территориальные), органы исполнительной власти (федеральные и субъектов РФ), страховые медицинские организации (СМО) и другие организации.

Формирование финансовых потоков происходит централизованно, когда денежные средства в виде платежей по ОМС поступают в Федеральный Фонд ОМС (ФФОМС), часть средств остается в его распоряжении. Затем в рамках формирования финансовых ресурсов базовой программы государственных гарантий денежные средства перераспределяются от ФФОМС к ТФОМС, туда вливаются дополнительные потоки от региональных бюджетов на территориальные программы, если регион выделяет такие средства. Затем эти потоки делятся, часть средств остается в распоряжении ТФОМСов, оставшиеся распределяются по СМО, участвующим в реализации ОМС. В конечном итоге финансовые потоки ОМС распределяются между медицинскими организациями в виде оплаты за оказанную пациентам медицинскую помощь. На этой последней стадии движения финансовых потоков происходит непосредственное взаимодействие СМО, для которых названные потоки являются исходящими, и МО, для которых потоки являются входящими.

В системе ОМС страховым медицинским организациям отводится очень важная роль. В соответствии с ФЗ-326 страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, – это страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке<sup>5</sup>. Заметим, что подавляющее большинство страховых организаций в РФ, каким бы видом страхования они не занимались, находится в частной собственности, являются коммерческими, преследуют цели извлечения прибыли как финансового результата деятельности. ССО не вправе осуществлять иную, за исключением

деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность<sup>6</sup>. СМО ведут отдельный учет доходов и расходов по операциям со средствами обязательного медицинского страхования и средствами добровольного медицинского страхования. Средства, предназначенные для оплаты МП, поступающие в СМО являются средствами целевого финансирования. Для осуществления операций с целевыми средствами СМО открывают отдельные банковские счета.

Обратим внимание на статус фондов ОМС: фонды ОМС – государственные внебюджетные фонды. В соответствии с Бюджетным Кодексом РФ они входят в состав бюджетной системы РФ. Итак, получается, что СМО являются коммерческими организациями, встроенными в процессы продвижения финансовых средств, относящихся к бюджетной системе РФ. Здесь просматривается определенный конфликт финансовых интересов.

Анализ организации финансовых потоков позволяет заметить важную деталь – при продвижении через СМО финансовый поток расщепляется, часть денежных средств остается в распоряжении СМО в виде оплаты расходов на ведение дел и задерживается в виде части штрафов, которыми облагаются медицинские организации за различные нарушения условий договора на оказание МП. Остающиеся в распоряжении СМО денежные средства образуют собственные средства – внутренний финансовый поток, а другие возвращаются в ТФОМС – исходящий финансовый поток. Собственные средства СМО не являются целевыми и не расходуются непосредственно на оплату МП. В законе об ОМС определен состав собственных средств СМО, в них в частности входят 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи; 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы; 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; 10% средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов<sup>7</sup>. Логично предположить, что СМО стремятся увеличить размер собственных

<sup>5</sup> ФЗ-326 п.1 ст. 14

<sup>6</sup> ФЗ-326 п. 3 ст.14

<sup>7</sup> ФЗ-326 п. 2 ст. 8

средств, но становится очевидно, что интерес СМО идет вразрез с интересами конечных потребителей: потребители заинтересованы в качественной МП, за которую невозможно взимать те штрафы, которые формируют и увеличивают средства СМО.

При внимательном рассмотрении траектории движения финансовых потоков в системе ОМС возникает вопрос: а что в этой системе от страхования? Как известно, страхование – есть метод защиты от рисков. Классическая теория общественных финансов, к ведению которой относится обязательное медицинское страхование, гласит, что оно (ОМС) требует государственного вмешательства, поскольку в зоне его деятельности не полностью выполняются пять стандартных технических условий функционирования рыночного коммерческого страхования.

Пять технических условий, обязательных для существования эффективного предложения на страховом рынке [5]:

- 1) вероятности наступления страхового случая независимы для всех индивидов;
- 2) вероятность наступления страхового случая меньше единицы;
- 3) вероятность наступления страхового случая может быть рассчитана;
- 4) не существует отрицательного отбора, т.е. той ситуации, когда страхуются только те индивиды, которые заведомо данному риску подвержены;
- 5) нет опасности обмана.

В случае с медицинским страхованием, эффективный страховой рынок в принципе существует в виде добровольного медицинского страхования (ДМС), но два последних условия выполняются не всегда. Существует отрицательный отбор – наиболее заинтересованы в страховке люди, которые уже больны и нуждаются в средствах на лечение. И существует опасность обмана – медицинская организация, получающая средства от страховой организации, с точки зрения финансового результата потенциально заинтересована в максимизации доходов, поэтому долго и дорого лечить больного ей более выгодно, чем вылечить его быстро и дешево. Это последнее замечание относится и к ДМС. Неполное выполнение технических условий диктует необходимость вмешательства государства. Дополнительным условием является то, что для основной части населения ДМС является совершенно незнакомым институтом – люди привыкли получать медицинскую помощь бесплатно, и к тому же довольно дорогим. Поэтому возникает такой финансовый институт как ОМС, являющийся одним из видов социального страхования. Итак, с позиции теории общественных финансов ОМС

является социальным страхованием, методом организации финансирования одного из видов социальных обязательств государства, альтернативой бюджетному финансированию. Однако, правом на пользование социальным страхованием обладают только те люди, за кого были уплачены страховые взносы. В РФ это не так, правом обладают те, кто получил полис ОМС, т.е. практически все население. При поголовном распространении какой-либо общественной услуги чаще всего в мире применяется бюджетный, а не социально-страховой метод финансирования.

В периодической печати и других СМИ, аналитических обзорах социологических служб часто озвучивается достаточно распространенное мнение населения, что при бюджетном финансировании бесплатная МП в нашей стране была лучше, чем при ОМС. Отмечается, что в последние годы, при активной фазе реализации реформы здравоохранения снизилась доступность МП. Это мнение нельзя игнорировать, пациент, как клиент, – «всегда прав». Негативная реакция на текущие результаты реформы возникает и у научных, и практических медицинских работников. Вероятно, проводимые преобразования (реформа) не были достаточно и всесторонне подготовлены.

Необходимо подчеркнуть, что обострившиеся и возникшие в ходе реформы здравоохранения проблемы не порождены самой социально-страховой моделью финансирования бесплатной МП. Медицинское страхование при участии государства как отрасль социального страхования существует во многих развитых странах. Такая модель здравоохранения реализована в Германии, Франции, Нидерландах, Австрии, Бельгии, Швейцарии, Японии. Эти страны достаточно успешны в области охраны здоровья своего населения. В большинстве из них хорошо налажена пропаганда здорового образа жизни и мониторинг деятельности предприятий, влияющих на здоровье. Недостатки реформы объясняются другими обстоятельствами, прежде всего отсутствием прозрачных, понятных и принятых всеми участниками целевых ориентиров.

Понятно, что частичными поправками добиться за обозримое время принципиального изменения в медицинской помощи населению нашей страны не представляется возможным. Совершенствования гарантированной государством МП можно добиться только на основе системных изменений, в том числе и соответствующих изменений в финансовом обеспечении бесплатной медицинской помощи. Это означает, что требуется системность в конструировании политики организации медицинской помощи, в которую встроена и деятельность страховых медицинских организаций как части ОМС.



Сравнение с законодательством о финансировании МП в странах, добившихся высоких показателей здоровья населения, показывает, что их система ОМС отличается по структуре и принципам от российской: в современной российской практике всё еще отсутствует практикуемая в названных странах конкуренция между СМО (или страховыми фондами), в организации МП отсутствует приоритет профилактики и раннего обнаружения и предупреждения заболеваний, недостаточно доступна высокотехнологичная диагностика. Эта тема в свое время была подробно раскрыта в работе Зубенко С.А. (2003) [7]. Им же отмечалось, что действующая российская система здравоохранения выросла и переняла многое из прежней системы, для которой были характерны следующие отрицательные черты:

- существование списков больных (очереди) для оказания отдельных (дефицитных) видов медицинской помощи; создание искусственного дефицита медицинских услуг, в первую очередь при онкологических, сердечно-сосудистых заболеваниях, а также в стоматологии и гинекологии; побуждение пациентов к поиску альтернатив в виде платных медицинских услуг или теневой оплаты медицинским работникам;
- неравенство для отдельных социальных, географических и профессиональных групп в уровне и качестве оказания медицинской помощи (наличие специальных учреждений, ведомственных лечебных учреждений и т.д.);
- отвлечение значительных финансовых ресурсов на содержание учреждений, слабо оснащенных, не имеющих высококвалифицированных кадров и не оказывающих медицинскую помощь в надлежащих объемах;
- монополизм, незащищенность потребителя от некачественных медицинских услуг;
- общий низкий уровень оплаты труда медиков; в этой связи создание фармацевтическими организациями системы бонусов, которые выплачиваются врачам за выписку рецептов на определенные препараты;
- ограниченность материальных стимулов в деятельности медицинских работников и учреждений, слабая зависимость оплаты труда медицинских работников и финансирования медицинских учреждений от объемов и качества выполняемой работы.

К сожалению, хотя со времени написания цитируемой здесь работы прошло уже немало лет, эти недостатки все еще проявляются.

Относительно новых проблем и современного положения дел, в Интернете и в научных публикациях

имеются свидетельства об использовании средств ОМС не по назначению, либо нерационально, либо неэффективно – всё это разные позиции. См., например, Зарипова М. (2015) [6]. При этом последняя инстанция, которая выявляет эти факты вовсе не ТФОМС, в чьей компетенции находится функция внутрисистемного финансового контроля, а Счётная палата РФ, осуществляя контроль внешний по отношению к системе ОМС. Но, наиболее острой по мнению большинства является проблема недофинансирования гарантированной государством МП (ГМП). Поскольку в настоящее время экономика РФ переживает кризис, рассчитывать на кардинальное увеличение финансирования ГМП не приходится. Приходится признать, что текущей задачей является повышение эффективности использования имеющихся ресурсов.

Реформирование российского здравоохранения уже сформировавшийся инновационный тренд. И тренд, оцениваемый многими как неудачный. Поэтому, по нашему мнению, следует обратить внимание на социальные технологии внедрения инноваций, позволяющие согласовать интересы сторон.

Известно, что всякая инновация законодательного характера, как правило, требует дополнительных ресурсов для введения в действие, для принуждения всех связанных с этой инновацией участников финансово-экономических и социальных отношений: создания контролирующих органов, дополнения судебного законодательства и т.п. Сократить издержки на внедрение инноваций можно только при следующих условиях:

- внедрение инновации не противоречит традиционной культуре взаимоотношений потенциальных участников новых отношений;
- участники инновационного проекта поставлены в условия, при которых уклонение от следования новым правилам поведения грозит потерями от одного только факта уклонения, без последующего вмешательства со стороны государственных органов.

Эти условия могут быть реализованы путем применения специальной социальной технологии, которая соответствует выполнению условий равновесия по Нэшу (Васин А.А. и Морозов (2005) [2]), или соблюдения принципа открытого управления. К сожалению, доступные описания этого принципа, сделанные от лица авторов, не раскрывают его сути, а носят скорее рекламный характер. Поэтому ссылаемся на работу Макагонова П.П. и Норкина К.Б. (2003)<sup>8</sup>, в которой дана отвечающая целям данной статьи интерпретация принципа Нэша, а также приведено

<sup>8</sup> Макагонов П.П., Норкин К.Б. Социальные изобретения в региональном и муниципальном управлении: учебно-методическое пособие. Российская Академия Государственной Службы при Президенте Российской Федерации. М.: изд-во РАГС, 2003.

много примеров его применения для совершенствования регионального законодательства.

Поиск такой социальной технологии может оказаться творческой задачей, даже если имеется несколько наработанных рекомендаций, вариантов выбора. Дело в том, что существующие варианты были «изобретены» для других задач и условий, или без учета возможного отклонения от гипотетических условий, в которых была справедлива исходная модель.

В таком случае каждый предлагаемый вариант действий следует проверить на жизнеспособность по методике SWOT-анализа: выявления сильных сторон варианта решения в новых условиях, слабых сторон, возможностей и опасностей, возникающих при принятии анализируемого варианта. Применение SWOT-анализа к деятельности медицинских организаций дает возможности определения целенаправленных изменений [3, 9]. Все варианты инновационных предложений могут иметь специфические особенности в каждой позиции (силы, слабости, возможности, опасности) для разных регионов страны, поэтому целесообразно проверить их в некоторых «эталонных регионах» на практике и затем, в случае успеха, внедрять в сходных условиях. В качестве эталонных регионов целесообразно выбрать с одной стороны типичные по сложившимся социально-экономическим и географо-климатическим условиям территориальные образования, с другой стороны те из них, которые имеют в последние годы высокие индексы инновационного развития, например, те, которые рассчитаны в работе Сорокиной А.В. (2013) [11].

Наиболее содержательными направлениями для анализа и разработки рекомендаций, пригодных для российских СМО могли бы быть следующие, базирующиеся на использовании практического опыта Японии. Есть несколько важных моментов, отличающих ОМС Японии:

- В японской системе обязательного медицинского страхования задействованы 37 различных фондов, конкурирующих между собой. Это мотивирует их к предложению более выгодных условий для страхователя. Кроме того, в японской системе используются различные модели ОМС для служащих коммерческого (частного) сектора, мелких предпринимателей частного сектора и для госслужащих;
- Цены медицинских услуг в японских клиниках регламентируются государством, поэтому для пациентов нет никакой разницы в выборе между частной или государственной японской клини-

кой при сохранении выбора по соотношению «цена/качество»;

- Размер зарплаты, работающих в государственных японских клиниках, как и размер гонорара для японских врачей, практикующих в частных клиниках, регулируется государством.

Эффективность конкурирующих форм ОМС, по образу и подобию Японии, можно проверить в регионах, имеющих специфику занятости в государственном и частном секторах. Переход к открытой конкуренции СМО, администрирующих средства ОМС, с одной стороны, может содержать трудности организации такой системы, отработки процедур взаимодействия медицинских организаций с этой системой и создать некоторые трудности выбора для страхователей. Но с другой стороны, после переходного периода, который следует тщательно подготовить и организовать, можно переориентировать СМО с получения дохода на эффективное использование средств ОМС путем ориентации МО на профилактическую работу, диспансеризацию, раннее выявление и предупреждение болезней, как это сделано в Японии. Такая переориентация может несколько поднять расходы на первичную МП, но при этом снизит расходы на специализированную МП при лечении запущенных и тяжелых заболеваний. Безусловно, опыт Японии не может быть полностью перенесен в нашу страну, его следует приспособить к нашим социальным и культурным условиям.

Рекомендуемые направления для моделирования и апробации новых подходов можно представить на следующей диаграмме доступности и оплаты услуг, изображенной на рис. 1<sup>9</sup>.

Первый критерий – вертикальная шкала – определяет возможность для потребителя осуществлять выбор качества и количества (объема) потребления услуги. Этот критерий отражает управляемость услуги со стороны потребителя.

Вторым критерием, определяющим методологию финансирования, является возможность получения потребителем услуги без прямой оплаты с его стороны, за счет государственных или благотворительных фондов, с частичной оплатой, включая добровольное медицинское страхование, или исключительно путем прямой оплаты – горизонтальная шкала. Этот критерий характеризует как степень освобождения потребителя от оплаты при потреблении услуги, так и степень контролируемости потребления со стороны финансовых органов и одновременно риск несанкционированного бесплатного доступа потребителя к услуге.

<sup>9</sup> Макагонов П.П., Норкин К.Б. (2003); Макагонов П.П., Токун Л.В. Подходы к классификации и выработке критериев для управления социальными фондами при взаимодействии различных секторов экономики. (испанский) // Temas de Ciencia y Tecnología mayo – agosto 2011 ISSN 2007-0977 septiembre – diciembre 2011. No. 45. C. 41–50.

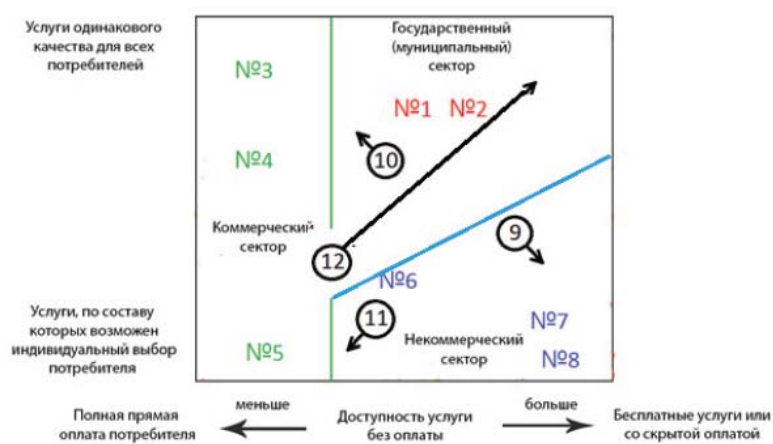


Рис. 1. Взаимосвязь критериев качества, доступности и оплаты услуг и соответствия их сектору экономики, производящего/оплачивающего услугу

В зависимости от сочетания двух критериев находятся области полностью бесплатных для потребителя (общественных) услуг, производством или закупкой которых может заниматься государство. И полностью платных услуг, которые должны производиться коммерческим сектором. Оставшуюся область занимают сравнительно дорогие или редкие услуги, которые не могут быть предоставлены без оплаты, поскольку их производство за государственный счет для всех было бы слишком расточительно, их оплатой призван заниматься негосударственный некоммерческий (благотворительный) сектор, и также услуги со средними значениями критериев. Такие услуги могут быть платными или бесплатными для потребителя в зависимости от определенных установленных (и проверяемых) условий.

Приведем примеры размещения различного типа медицинских услуг на диаграмме: полностью оплачиваемая услуга по косметической хирургии может варьироваться от абсолютно стандартной процедуры (№ 3 на диаграмме), через некоторую индивидуализацию (№ 4) и до высокой степени индивидуализации услуги (№ 5); бесплатная стандартная медицинская услуга (№ 2), частично оплачиваемая стандартная медицинская услуга (№ 1), преимущественно с доплатой за срочность или комфортность оказания; частично оплачиваемая медицинская услуга, например для пострадавших по страховому случаю добровольного страхования (№ 6); бесплатная медицинская услуга, согласно утвержденным ограничительным правилам (№ 7); бесплатная для потребителя дорогая или редкая медицинская услуга, оплачиваемая благотворительными организациями или на средства общественной инициативы (№ 8).

Стрелки 9, 10, 11, 12 отражают возможные векторы проводимых преобразований (реформ),

анализируемых с точки зрения соблюдения взаимно сбалансированных интересов. Векторы будут отображать предлагаемые направления изменений на диаграмме услуг, являющихся объектом анализа. Например, включить МРТ конкретного органа (анатомического) в обязательную программу диспансеризации, как это уже сделано, например, для маммографии (стрелка 12). Или включить бесплатную МРТ только по медицинским показаниям для нуждающихся в этом виде диагностической процедуры (стрелка 10).

Социальные технологии должны продемонстрировать и ре-

ализовать принятие всеми участниками процесса необходимость замены существующих мотиваций на взаимовыгодные. Это, естественно, требует социального согласия между теми, кто предоставляет медицинские услуги, теми, кто ими пользуется и теми, кто их оплачивает – МО, населением и СМО. Чаще всего баланс интересов задается государством, посредством законодательного акта. Однако, этот путь продуктивен только тогда, когда баланс интересов уже найден, что лучше всего реализуется через широкое и компетентное обсуждение.

В современном информационном обществе необходимо шире применять медицинское просвещение для распространения опыта здорового образа жизни, профилактики заболеваний, реабилитации после болезней, рекомендаций по распознаванию и противодействию разного рода шарлатанам, мошенническим предложениям, предлагающим псевдолечение и псевдолечение. В частности, использование Интернета может помочь просвещению населения в части охраны здоровья, повышению правовой культуры в сфере медицинской помощи. Поскольку при оказании МП нередко случаются конфликтные ситуации после неудачно проведенного лечения, должны быть задействованы открытые системы юридических консультаций по отдельным аспектам ОМС и независимой оценке качества медицинских услуг. Начать следует с Интернет-порталов органов управления здравоохранением исполнительной власти регионов, на которых должна быть размещена необходимая и точная информация, актуальные документы, необходимые пациентам, рекомендации, с возложением ответственности за содержание информации на руководство регионального департамента здравоохранения. Здесь

же может осуществляться запись на приём к врачу и отзывы пациентов о работе МО и СМО. Качественная информационная система требует затрат на создание и обслуживание, представляется целесообразным финансировать такие системы за счет собственных средств СМО, поскольку они работают на улучшение показателей здоровья населения и снижают риски системы ОМС.

К вопросам деятельности СМО в системе финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ТПГГ МП), выносимым на обсуждение, могут быть отнесены все те, которые обозначены ранее как требующие незамедлительного решения: целесообразность и условия включения коммерческих СМО в качестве администратора расходов по ОМС, размер перераспределительных издержек ОМС, участие СМО в управлении рисками ОМС. Ответы и решения по этим вопросам могут быть предложены в качестве возможных альтернатив и пройти апробацию в 8-10 регионах. Это потребует прозрачности и дополнительной проработки региональных нормативных актов по финансированию ТПГГ МП. Для этих целей понадобится развить практику экспертизы действующих и вносимых проектов нормативных правовых актов как на наличие рисков коррупции, так и, что более важно, на равновесие, согласованность экономических интересов по Парето [5] или по Нэшу. На юридические подразделения регионального законодательного и исполнительного органов власти должна быть возложена ответственность за качественный анализ проектов законодательных и подзаконных актов. Например, этот подход в преломлении к рассматриваемому вопросу предполагает следующие принципы<sup>9</sup>:

- 1) исключение возможности наделения одной и той же организации полномочиями выполнения функции оказания МП и оценки её качества, определения меры наказания за неисполнение и исполнения наказания;
- 2) исключение возможности наделения одной и той же организации полномочиями выполнения функции оказания одной и той же услуги на «бесплатной» и платной основе;
- 3) включение в процесс определения функций и цен конкурентных механизмов и общепринятой демократической процедуры взаимодействия частных предпринимателей, общественных (некоммерческих) организаций и структур исполнительных органов власти разного уровня,

обеспечивающей необходимый контроль, балансы, сдержки и противовесы;

- 4) гарантированное соответствие между объемом прямой или косвенной оплаты потребителем с одной стороны и объемом, и качеством услуг, которые органы государственной власти должны оказывать населению на подведомственных им территориях, самостоятельно или с помощью частного или некоммерческого сектора, с другой стороны;
- 5) наличие экономических и правовых механизмов ответственности каждого члена-участника взаимодействия системы медицинского страхования за номенклатуру, объем и качество исполнения установленных функций, и своевременность платежей;
- 6) исчерпывающее информирование населения о доходах и расходах региональной системы финансирования ТПГГ МП.

Представленный обзор содержания подхода позволяет сделать вывод о том, что выполнение первого принципа уже заложено в систему финансирования – оказание МП и ее оценка разведены по разным организациям: МО и СМО. Выполнение остальных принципов далеко от предлагаемого. По второму принципу есть прямое нарушение – МО наделены правом оказывать платные медицинские услуги наравне с бесплатными, более того, из-за недостатка денежных средств им фактически предписано самостоятельно развивать платные медицинские услуги для дополнительных доходов. Третий принцип формально исполняется, тарифы на медицинские услуги определяются на основе решения многосторонних соглашений между уполномоченным государственным органом субъекта Российской Федерации, территориальным фондом ОМС, представителями СМО, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников<sup>10</sup>. Однако, эти тарифы определяются не на основе конкурентных механизмов, а на основе баланса фактических издержек и наличия денежных средств. В соответствии с четвертым принципом предполагается, что объем МП запланирован от потребностей и сбалансирован с финансовыми ресурсами. К сожалению, это совершенно не так: объемы МП планируются «от достигнутого», а финансовые ресурсы «от фактического поступления» страховых взносов. О включении частного сектора в исполнение ТПГГ МП написано довольно много, но в основном представители государственных структур высказываются отрицательно, считая, что

<sup>9</sup> Макагонов П.П., Норкин К.Б. (2003).

<sup>10</sup> ФЗ-326 ст.30



коммерческие МО «выковыривают изюм из булочки»<sup>11</sup>. По пятому принципу отметим, что он плохо поддается контролю, поскольку «номенклатура, объем и качество» функций нечетко прописаны. Касательно своевременности платежей, наиболее четко отлажен механизм внесения платежей за неработающее население: нет платежей – нет поступлений Территориальному ФОМС. В области платежей за работающее население наблюдается обычная практика задержек платежей и «ухода в тень», классическая «проблема безбилетника». По шестому принципу – информация о доходах и расходах ТФОМС открыта и доступна в сети Интернет, но ее анализ и оценка требует профессиональных навыков.

Подводя итог, отметим, что реформирование системы финансирования гарантированной государством медицинской помощи требует серьезных изменений. Для достижения стратегической цели – кардинального улучшения здоровья населения – необходимо наращивать финансирование МП. Но в настоящее время это затруднительно в связи с кризисом. Направление текущих изменений – повышение эффективности использования имеющихся финансовых ресурсов. Одним из ключевых моментов является изменение роли страховых медицинских организаций, встроенных в эту систему. Сегодняшнее положение дел таково, что СМО ничем не рискуют и занимаются в основном, помимо выдачи страховых полисов, исключительно доходным делом – администрируют потоки платежей ОМС на финальной стадии оплаты медицинской помощи. Заменить СМО на какой-либо другой финансовый институт, например, ТФОМС, как иногда предлагается, не представляется целесообразным, поскольку объем работы СМО достаточно большой и потребует увеличения численности персонала, помещений, дополнительного оборудования и программного обеспечения, и соответствующих затрат. Более перспективным представляется изменение функционала СМО. Будучи по статусу страховыми эти организации должны взять на себя часть рисков системы ОМС. Основные риски системы ОМС выражаются в повышенном спросе на медицинскую помощь со стороны населения, превышающем запланированный объем финансирования государственных гарантий. Такой рост спроса отражает ухудшение состояния здоровья населения, рост заболеваемости. Страховые медицинские организации должны быть финансово мотивированы на поддержание здоровья и его улучшение. Для построения систе-

мы мотивации следует использовать описанные в данной статье социальные технологии.

### Список литературы

1. Аюшиев А.Д. Финансирование здравоохранения в России: результаты и пути развития / А.Д. Аюшиев, А.М. Баженов. Иркутск: изд-во БГУ-ЭП, 2005. 159 с.
2. Васин А.А., Морозов В.В. Теория игр и модели математической экономики. М.: МГУ, 2005.
3. Гудов А.Х., Поляков С.В., Каменский В.А., Чигринцев О.В. SWOT-анализ деятельности медицинской организации в аспекте конкурентоспособности услуг // Вестник Росздравнадзора. 2012. Выпуск № 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/swot-analiz-deyatelnosti-meditsinskoj-organizatsii-v-aspekte-konkurentosposobnosti-uslug#ixzz48FglbOEI>
4. Джальчинов Д.Л. Медицинское страхование: вопросы налогообложения // Бухгалтерский учет. 2014. № 15. С. 27–30.
5. Занадворов В.С., Колосницyna М.Г. Экономическая теория государственных финансов. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2006.
6. Зарипова М. Расходование средств ОМС. Что является нецелевым их использованием? 2015. URL: <http://xn----7sbbaj7auwnffhk.xn--p1ai/article/1115>
7. Зубенко С.А. Механизмы финансирования здравоохранения на базе сравнительной характеристики действующих мировых систем // Адвокат. 2003. № 12. С. 5–11.
8. Логвинова И.Л. ДМС и финансирование отечественной системы здравоохранения // Страховое дело. 2011. №10.
9. Майсак О.С., Майсак Н.В., Сагитова Г.Р. SWOT-анализ как средство совершенствования медицинской организационной среды // Электронный научный журнал Современные проблемы науки и образования. 2016. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5080>
10. Повалий А.С. Тенденции развития мирового рынка страховых услуг // Российский внешне-экономический вестник. 2014. № 1. С. 64–70.
11. Сорокина А.В. Построение индексов инновационного развития регионов России. М.: Изд. дом ДЕЛО, РАНХиГС, 2013.

<sup>11</sup> Почему мы должны включать в ОМС частных, если они берут только то, что им интересно? Интервью журналу «Здравоохранение» С. Колесникова.

## THE ROLE OF HEALTH INSURANCE COMPANIES IN THE FINANCIAL PROVISION OF FREE MEDICAL CARE

Lyudmila Tokun , Pavel Makagonov

### Abstract

*This article discusses the features of the mandatory health insurance, the financial resources of health care and the characteristics of the Russian health care system. The article defines the need to apply the SWOT-analysis to the activities of medical organizations, it analyses the interconnection between the criteria of quality, availability and payment for services and their accordance to the sector of economics, which produces or pays for the service.*

*Goal / Objectives: The goal of this article is to study the compulsory health insurance system, its pros and cons in the health system. The objectives of this paper is to identify the sources of financing of compulsory health insurance, the definition of the stages of formation of financial flows, the designation of the role of insurance companies in the compulsory health insurance system, the study of the processes of formation of funds of health insurance companies, the definition of the role of the compulsory health insurance in the risk protection and study of the positive and negative aspects of the modern health care system.*

*Methodology: Methods of comparison, analysis and synthesis are used in this article.*

*Results: as a result of the conducted research authors have made conclusions about the need for the major changes in the financing of public health care. The scope of work of health insurance companies requires increase in number of staff, premises, additional hardware and software. Health insurance companies should be motivated to maintain the health of the population and its improvement.*

*Conclusions: The results of this research can be used to build a system of motivation in the health insurance organizations.*

**Keywords:** compulsory health insurance, financial support for medical care, voluntary medical insurance, social technologies.

**Correspondence:** Tokun Lyudmila Valentinovna, State University of Management, Russia, [ltokoun@yandex.ru](mailto:ltokoun@yandex.ru)

**Makagonov Pavel Petrovich**, The Russian Presidential Academy Of National Economy And Public Administration (119571, Moscow, Vernadskogo av., 82), [mpp2003@inbox.ru](mailto:mpp2003@inbox.ru)

**Reference:** Tokun L. V., Makagonov P. P. The role of health insurance companies in the financial provision of free medical care. M.I.R. (Modernization. Innovation. Research), 2016, vol. 7, no. 2, pp. 198–207. doi: 10.18184/2079-4665.2016.7.2.198.207

### References

1. Ayushiev A.D. Finansirovanie zdavookhraneniya v Rossii: rezul'taty i puti razvitiya / A.D. Ayushiev, A.M. Bazhenov. Irkutsk: izd-vo BGUEP, 2005. 159 p.
2. Vasin A.A., Morozov V.V. Teoriya igr i modeli matematicheskoi ekonomiki. M.: MGU, 2005.
3. Gudov A.Kh., Polyakov S.V., Kamenskii V.A., Chigrinets O.V. SWOT-analiz deyatel'nosti meditsinskoi organizatsii v aspekte konkurentosposobnosti uslug. Vestnik Roszdravnadzora, 2012, Vypusk no. 1. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/swot-analiz-deyatelnosti-meditsinskoy-organizatsii-v-aspekte-konkurentosposobnosti-uslug#ixzz48FglbOEI>
4. Dzhal'chinov D.L. Meditsinskoe strakhovanie: voprosy nalogooblozheniya. Bukhgalterskii uchët, 2014, no. 15, pp. 27–30.
5. Znadvorov V.S., Kolosnitsyna M.G. Ekonomicheskaya teoriya gosudarstvennykh finansov. M.: Izdatel'skii dom GU VShE, 2006.
6. Zaripova M. Raskhodovanie sredstv OMS. Chto yavlyayetsya netselevym ikh ispol'zovaniem? 2015. URL: <http://xn----7sbbaj7auwnffhk.xn--p1ai/arti-cle/1115>
7. Zubenko S.A. Mekhanizmy finansirovaniya zdavookhraneniya na baze sravnitel'noi kharakteristiki deistvuyushchikh mirovykh sistem. Advokat, 2003, no. 12, pp. 5–11.
8. Logvinova I.L. DMS i finansirovanie otechestvennoi sistemy zdavookhraneniya. Strakhovoe delo, 2011, no. 10.
9. Maisak O.S., Maisak N.V., Sagitova G.R. SWOT-analiz kak sredstvo sovershenstvovaniya meditsinskoi organizatsionnoi sredy. Elektronnyi nauchnyi zhurnal Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya, 2016. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=5080>
10. Povalii A.S. Tendentsii razvitiya mirovogo rynka strakhovykh uslug. Rossiiskii vneshneekonomicheskii vestnik, 2014, no. 1, pp. 64–70.
11. Sorokina A.V. Postroenie indeksov innovatsionnogo razvitiya regionov Rossii. M.: Izd. dom DELO, RANKiGS, 2013.